

Современные лечебные диетические продукты питания в комплексной терапии хронического рефлюкс-гастрита, не ассоциированного с НР-инфекцией

О.Н. Минушкин¹, И.В. Зверков¹, Л.В. Масловский¹, В.С. Иневатова², Ю.Г. Кузнецова^{1✉}, Julia_alina777@mail.ru, Т.Л. Пилат³

¹ Центральная государственная медицинская академия; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а

² Айдиклиник; 142304, Россия, Московская область, Чехов, ул. Гагарина, д. 37

³ Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова; 105275, Россия, Москва, проспект Буденного, д. 31

Резюме

Введение. Диетическое питание является одним из важнейших методов и физиологичным лечебно-профилактическим подходом при хроническом рефлюкс-гастрите (ХРГ), не ассоциированном с *Helicobacter pylori* (НР) инфекцией.

Цель. Проанализировать эффективность и безопасность применения специализированного лечебного питания (производства «ЛЕОВИТ нутрио») при хроническом рефлюкс-гастрите (ХРБ), не ассоциированном с НР-инфекцией, в фазе обострения.

Материалы и методы. В сравнительное рандомизированное исследование были включены 40 пациентов с ХРГ, не ассоциированным с НР-инфекцией, в фазе обострения. В течение месячного курса в контрольной группе (20 пациентов) использовалась стандартная диетотерапия, а в основной группе (20 пациентов) диетотерапия проводилась с применением специализированных диетических продуктов. Изучена динамика клинических проявлений, изменений на эзофагогастродуоденоскопии, показателей анализа крови, степени тяжести дисбактериоза. Статистическую обработку результатов исследований проводили с определением значимости средних значений, используя t-критерий Стьюдента.

Результаты. Установлено, что исследуемое специализированное лечебное питание (каша овсяная с травами и семенем льна, суп-пюре овощной с травами и овсянкой, кисель желудочный ЛЕОВИТ) обладают приятными органолептическими свойствами, не вызывают явлений непереносимости и аллергических проявлений, восстанавливают пищеварение, улучшают состояние микрофлоры кишечника, улучшают качество жизни пациентов. По данным эндоскопических исследований в пищеводе у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой статистически достоверно чаще встречалась нормальная слизистая оболочка (95 против 60% случаев) и реже – катаральный эзофагит (5 против 40% случаев). Число пациентов с примесью желчи в просвете желудка в основной группе по сравнению с контрольной группой обнаруживались достоверно реже – в 20% случаев против 75%.

Заключение. Исследованный подход к диетотерапии с применением специализированного лечебного питания при ХРГ полностью безопасен и рекомендован авторами для длительного применения у пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: заболевания желудочно-кишечного тракта, болевой синдром, воспалительный процесс, лечебно-профилактический подход, диетотерапия

Для цитирования: Минушкин О.Н., Зверков И.В., Масловский Л.В., Иневатова В.С., Кузнецова Ю.Г., Пилат Т.Л. Современные лечебные диетические продукты питания в комплексной терапии хронического рефлюкс-гастрита, не ассоциированного с НР-инфекцией. *Медицинский совет.* 2023;17(6):126–133. <https://doi.org/10.21518/ms2023-095>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Modern therapeutic dietary foods in the complex therapy of chronic reflux gastritis, not associated with HP infection

Oleg N. Minushkin¹, Igor V. Zverkov¹, Leonid V. Maslovskii¹, Victoria S. Inevatova², Yuliya G. Kuznetsova^{1✉}, Julia_alina777@mail.ru, Tatiana L. Pilat³

¹ Central State Medical Academy; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia

² Idiclinic; 37, Gagarin St., Chekhov, Moscow Region, 142304, Russia

³ Izmerov Research Institute of Occupational Health; 31, Budyonny Ave., Moscow, 105275, Russia

Abstract

Introduction. Dietary nutrition is one of the most important and physiological therapeutic and preventive approaches for chronic reflux gastritis (CRG), not associated with HP infection.

Aim. To analyze the effectiveness and safety of the use of specialized therapeutic nutrition (produced by LEOVIT) in chronic reflux gastritis (CRG), not associated with HP infection, in the acute phase.

Materials and methods. A comparative randomized study included 40 patients with CRG, not associated with HP infection, in the acute phase. During the one-month course, standard diet therapy was used in the control group (20 patients), and in the patients of the main group (20 patients), diet therapy was carried out using specialized dietary products. The dynamics of clinical manifestations, changes

in esophagogastroduodenoscopy (EGDS), blood test parameters, and the severity of dysbiosis were studied. Statistical processing of the research results was carried out with the determination of the significance of the mean values using the Student's t-test.

Results. It was found that the studied specialized therapeutic nutrition (oatmeal porridge with herbs and flax seed, vegetable soup with herbs and oatmeal, gastric jelly LEOVIT) have pleasant organoleptic properties, do not cause intolerance and allergic manifestations, restore digestion, improve the state of intestinal microflora, improve the quality of life of patients. According to endoscopic studies in the esophagus of patients in the main group, compared with patients in the comparison group, "normal" mucosa was statistically significantly more common (95 vs. 60% of cases) and catarrhal esophagitis was less common (5 vs. 40% of cases). The number of patients with an admixture of bile in the lumen of the stomach in patients of the main group compared with patients of the control group was found significantly less frequently in 20% of cases versus 75% of cases.

Conclusion. The investigated approach to diet therapy with the use of specialized therapeutic nutrition in CRG is completely safe and recommended by the authors for long-term use in patients with this pathology.

Keywords: diseases of the gastrointestinal tract, pain syndrome, inflammatory process, treatment-and-prophylactic approach, diet therapy

For citation: Minushkin O.N., Zverkov I.V., Maslovskii L.V., Inevatova V.S., Kuznetsova Yu.G., Pilat T.L. Modern therapeutic dietary foods in the complex therapy of chronic reflux gastritis, not associated with HP infection. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(6):126–133. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-095>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – одно из наиболее частых осложнений с разнообразными симптомами (изжога, срыгивание и др.), обусловленными забросом содержимого желудка в пищевод, во многих странах мира. Распространенность ГЭРБ значительно различается в разных регионах: от 18,1 до 27,8% в Северной Америке и от 8,8 до 25,9% в Европе по данным метаанализа [1]. Распространенность указанной патологии в Российской Федерации также высока и варьирует от 11,3 до 23,6% [2]. ГЭРБ является одним из подтвержденных основных факторов риска развития злокачественной аденокарциномы пищевода и ее предвестника – синдрома Барретта, и этот риск резко возрастает с увеличением продолжительности симптомов ГЭРБ [3–6], что делает ГЭРБ глобальной проблемой для общественного здравоохранения.

Диетическое питание является одним из важнейших методов и физиологичным лечебно-профилактическим подходом при хроническом рефлюкс-гастрите (ХРГ), не ассоциированном с *Helicobacter pylori* (НР) инфекцией.

При ХРГ в фазе обострения рекомендуется вариант стандартной щадящей диеты с механическим и химическим щажением. Предложенный вариант диеты используется в основном в условиях стационара, однако пациенты с ХРГ в фазе обострения чаще всего могут проходить курсы диетотерапии как амбулаторно в поликлинических условиях, так и самостоятельно на дому. Разработанные в последние годы в Российской Федерации специализированные пищевые продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания дают возможность осуществлять диетическую коррекцию нарушений при ГЭРБ в амбулаторных условиях. Наиболее клинически исследованными специализированными продуктами для этих целей являются лечебно-профилактические продукты питания производства ООО «ЛЕОВИТ нутрио» (Россия). Это обусловлено тем, что в состав указанных специализированных лечебных продуктов входят активные компоненты лекарственных растений, нормализующие процессы секреции и всасывания, благоприятно влияющие

на репаративные и иммунные процессы в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что было показано в многочисленных клинических исследованиях при различных заболеваниях ЖКТ [7–13].

Целью настоящего исследования является оценка эффективности специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания при ХРГ, не ассоциированном с НР-инфекцией.

В связи с поставленной целью сформированы следующие *задачи*:

- 1) определить динамику эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) на фоне применения специализированных лечебных продуктов питания при болезнях ЖКТ производства ООО «ЛЕОВИТ нутрио» (далее – специализированные лечебные продукты питания) и стандартной диеты с механическим и химическим щажением у пациентов;
- 2) исследовать в кале степень тяжести дисбактериоза в динамике применения специализированных лечебных продуктов питания у пациентов;
- 3) изучить динамику клинических проявлений (по данным индивидуального дневника) применения специализированных лечебных продуктов питания и стандартной диеты с механическим и химическим щажением у пациентов;
- 4) изучить динамику показателей общего анализа крови и биохимии крови (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), общий билирубин, креатинин) при применении специализированных лечебных продуктов питания у пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 20 пациентов основной группы с ХРГ, не ассоциированным с НР-инфекцией, в фазе обострения и 20 пациентов с хроническим гастритом (ХГ), не ассоциированным с НР-инфекцией, в фазе обострения (группа сравнения).

Критерии включения:

- ХРГ (билиарный), не ассоциированный с НР-инфекцией;
- ХГ, не ассоциированный с НР-инфекцией.

Критерии исключения:

- ХГ, ассоциированный с НР-инфекцией;
- язвенная болезнь любой локализации;
- хронические болезни легких, сердца в стадии декомпенсации;
- опухолевая патология;
- прием препаратов, влияющих на слизистую оболочку (СО) желудка (нестероидные противовоспалительные препараты, антикоагулянты и т. д.).

Эффективность применения специализированных лечебных продуктов питания производства ООО «ЛЕОВИТ нутрио» и продуктов стандартной диеты с механическим и химическим щажением в динамике лечения оценивалась:

- 1) по данным изменений на ЭГДС у пациентов двух групп с морфологией биоптатов СО у ряда пациентов;
- 2) по данным изменений в кале степени тяжести дисбактериоза до и после применения специализированных лечебных продуктов питания;
- 3) по динамике клинических проявлений (дневник наблюдений) у двух групп пациентов;
- 4) по динамике показателей анализа крови и биохимии крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, креатинин) до и после применения специализированных продуктов питания.

В работе анализировались два вида диет.

1. В основной группе применялась ежедневная диета с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO:
 - завтрак – каша овсяная с травами и семенем льна;
 - второй завтрак – кисель желудочный;
 - обед – суп-пюре овощной с травами;
 - полдник – кисель желудочный;
 - ужин – каша овсяная с травами и семенем льна.

После приема указанных продуктов через 30–60 мин пациентам назначали дополнительное питание на выбор в течение 1 мес., в состав которого входили тефтели мясные, курица отварная, биточки мясные отварные, котлеты рыбные паровые, рулет мясной запеченный, запеканка творожная, запеканка картофельная, фаршированная отварным протертым мясом, омлет паровой, кефир, желе, суфле, хлеб пшеничный.

2. Группа сравнения получала стандартную диету с механическим и химическим щажением.

Для определения степени тяжести дисбактериоза в динамике приема специализированных лечебных продуктов питания использовалась классификация дисбактериоза кишечника по отечественным стандартам, предложенным в 2015 г. [14].

Безопасность и переносимость лечения оценивалась по фиксации побочных эффектов и их динамике.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с определением значимости средних значений, используя t-критерий Стьюдента. Для оценки достоверности различий был использован альтернативный двусторонний анализ Фишера и χ^2 с поправкой Йейтса для малых чисел. Различия считались значимыми при величине $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование были включены 20 пациентов, страдавших ХРГ, не ассоциированным с НР, у которых исходно по результатам исследования биоптатов из тела желудка (ТЖ) и пилорического отдела желудка (ПЖ) с помощью морфологической окраски по Романовскому – Гимзе и клеточным НР-инфекция исключалась. По полу пациенты распределились следующим образом: 12 мужчин и 8 женщин. Возраст пациентов колебался в пределах от 12 до 78 лет, составив в среднем $54,8 \pm 6,2$ года. Длительность заболевания у пациентов составила в среднем $10,2 \pm 1,7$ года.

По данным ЭГДС установлено (табл. 1), что у 20 обследованных пациентов в нижней трети пищевода выявлен катаральный эзофагит (КЭ), который у 6 пациентов (30% случаев) носил диффузный характер. У пациентов в просвете желудка определялась примесь желчи в 100% случаев, при этом у пациентов в ТЖ фиксировалась неизменная СО в 5% случаев (1 чел.), поверхностный гастрит (ПГ) в 95% случаев (19 чел.) и среди последнего очаговый ПГ в 65% случаев (13 чел.) и диффузный ПГ в 30% случаев (6 чел.), а в ПЖ обнаруживался ПГ в 100% случаев (20 чел.) и среди ПГ, наоборот, очаговый ПГ в 15% случаев (3 чел.) и диффуз-

- **Таблица 1.** Результаты исследования эндоскопических показателей в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке у пациентов исходно и после курса диетического лечения, $M \pm m$
- **Table 1.** The results of the study of endoscopic parameters in the esophagus, stomach and duodenum in patients at baseline and after a course of dietary treatment, $M \pm m$

Данные ЭГДС	Исходно		После диетотерапии	
	%	n	%	n
Пищевод: НК, ГПОД	35 ± 11	7	35 ± 11	7
Слизистая оболочка в норме	70 ± 9	14	95 ± 5*	19*
Катаральный эзофагит	30 ± 9	6	5 ± 5*	1*
Желудок: желчь в просвете есть	100	20	20 ± 8*	4*
Желчи в просвете нет	0	0	80 ± 5*	16*
ТЖ: слизистая оболочка в норме	5 ± 5	1	60 ± 11*	12*
Поверхностный гастрит (ПГ):				
Очаговый ПГ	65 ± 11	13	40 ± 11*	8*
Диффузный ПГ	30 ± 10	6	0*	0
ПЖ: слизистая оболочка в норме	0	0	0	0
ПГ:				
Очаговый ПГ	15 ± 11	3	85 ± 9*	17*
Диффузный ПГ	85 ± 9	17	15 ± 11*	3*
ДК: желчь есть	100	20	30 ± 10*	6*
Желчи нет	0	0	70 ± 11*	12*
ДК: слизистая оболочка в норме	25 ± 10	5	55 ± 7*	11*
Поверхностный дуоденит	75 ± 10	15	45 ± 7*	9*
Кишечная лимфазктазия	10 ± 7	2	0	0

Примечание. НК – недостаточность кардии; ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия; ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; ТЖ – тело желудка; ПЖ – пилорический отдел желудка; ПГ – поверхностный гастрит; ДК – двенадцатиперстная кишка.
* Достоверные различия по сравнению с исходным ($P < 0,05$).

ный ПГ в 85% случаев (17 чел.). В двенадцатиперстной кишке (ДК) неизменная СО и поверхностный дуоденит (ПД) встречались в 25% (5 чел.) и 75% случаев (15 чел.), а также в 10% случаев (2 чел.) кишечная лимфазктазия.

После лечения диетой с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO по данным ЭГДС в пищеводе количество пациентов с КЭ сократилось с 30% (6 чел.) до 5% (1 чел.), при этом число пациентов с неизменной СО увеличилось с 70% (14 чел.) до 95% (19 чел.), данные носили достоверный характер. Число пациентов с примесью желчи в просвете желудка сократилось со 100% (20 чел.) до 20% случаев (4 чел.). Число пациентов с очаговым ПГ в ТЖ сократилось с 65% (13 чел.) до 40% (8 чел.) и диффузным ПГ – с 30% (6 чел.) до 0%, причем у них обнаруживалась неизме-

● **Таблица 2.** Показатели анализа кала на дисбактериоз после приема специализированных лечебных продуктов питания ЛЕОВИТ

● **Table 2.** Indicators of stool analysis for dysbacteriosis after taking specialized therapeutic food products LEOVIT

Микрофлора	Нормальные показатели	Норма		Снижены		Повышены		Нет	
		%	п	%	п	%	п	%	п
Нормофлора:									
• бифидобактерии;	10 ⁹ -10 ¹⁰	95	19	5	1	0	0	0	0
• лактобактерии;	10 ⁷ -10 ⁸	85	17	15	3	0	0	0	0
• клостридии;	10 ⁵	100	20	0	0	0	0	0	0
• энтерококки	10 ³ -10 ⁸	100	20	0	0	0	0	0	0
Патогенные энтеробактерии	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E. coli:									
• E. coli типичные;	10 ⁷ -10 ⁸	90	18	10	2	0	0	0	0
• E. coli лактозонегативные;	<10 ⁵	95	19	5	1	0	0	0	0
• E. coli гемолитические	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Условно-патогенные энтеробактерии:									
• Klebsiella spp.;	<10 ⁴	95	19	5	1	0	0	0	0
• Citrobacter spp.;	<10 ⁴	95	19	0	0	0	0	0	0
• Proteus spp.;	<10 ⁴	100	20	0	0	0	0	0	0
• Enterobacter spp.;	<10 ⁴	100	20	0	0	0	0	0	0
• другие энтеробактерии.	<10 ⁴	100	20	0	0	0	0	0	0
Стафилококки:									
• Staphylococcus aureus;	0	0	0	0	0	0	0	0	0
• другие стафилококки.	≤10 ⁴	100	20	0	0	0	0	0	0
Дрожжеподобные грибы рода Candida albicans	0	0	0	0	0	0	0	0	0

● **Таблица 3.** Результаты изучения в кале степеней тяжести дисбактериоза в динамике лечения больных ХРГ

● **Table 3.** Results of studying the severity of dysbacteriosis in the feces in the dynamics of treatment of patients with CRG

Степень тяжести	Исходно		После диетотерапии	
	%	п	%	п
0-я	10 ± 7	2	80 ± 5*	16
1-я	50 ± 10	10	15 ± 11*	3
2-я	30 ± 9	6	5 ± 5*	1
3-я	10 ± 7	2	0	0

* Достоверные различия по сравнению с исходным (P < 0,05).

ненная СО в 60% случаев (12 чел.). В ПЖ количество пациентов с ПГ фиксировалось в 100% случаев (20 чел.), и среди них очаговый ПГ увеличился с 15% (3 чел.) до 85% случаев (17 чел.) за счет уменьшения диффузного ПГ с 85% (17 чел.) до 15% (3 чел.) случаев. В ДК число пациентов с неизменной СО увеличилось с 25% (5 чел.) до 55% случаев (11 чел.) за счет уменьшения ПД с 75% (15 чел.) до 45% (9 чел.) соответственно с исчезновением кишечной лимфазктазии, при этом данные носили достоверный характер. В просвете ДК желчь стала определяться в 30% случаев (8 чел.) вместо 100% (20 чел.) исходно.

Таким образом, по данным ЭГДС показано, что прием в течение месяца специализированных лечебных продуктов питания (суп-пюре овощной с травами и овсянкой ЛЕОВИТ GASTRO, каша овсяная с травами и семенем льна ЛЕОВИТ GASTRO, кисель желудочный ЛЕОВИТ) оказался эффективным в полном купировании обострения в пищеводе у 95% пациентов, в желудке и в ДК у 55% пациентов, а у остальных зафиксировано уменьшение степени выраженности воспаления в СО.

Исследование параметров дисбактериоза показало, что до проведения диетической коррекции у пациентов были снижены показатели нормофлоры: бифидобактерии в 35%, лактобактерии в 70%, энтерококки в 5%, *Escherichia coli* типичные и лактазонегативные в 60% и в 5% случаев (1 чел.) одновременно, а также были повышены показатели среди нормофлоры: клостридии в 15%, среди условно-патогенных бактерий клебсиеллы в 30% и цитобактерии в 10% случаев, среди патогенных бактерий *E. coli* гемолитические в 15% и стафилококк золотистый в 20% случаев.

В исследовании показано (табл. 2), что у пациентов через месяц после приема специализированных лечебных продуктов питания ЛЕОВИТ остались сниженными показатели среди нормофлоры: бифидобактерии в 5%, лактобактерии в 15%, *E. coli* типичные в 10% и лактазонегативные в 5% случаев, а среди условно-патогенных бактерий клебсиеллы в 5% случаев. При этом остальные показатели нормофлоры и условно-патогенных бактерий вернулись к норме, также не были обнаружены патогенные бактерии.

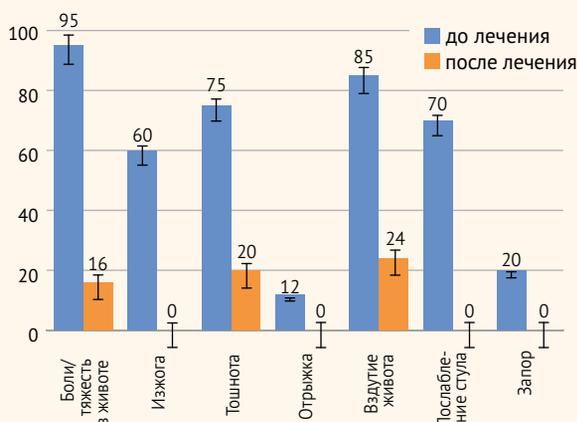
Полученные данные, представленные в табл. 2, послужили основанием для характеристики степени тяжести дисбактериоза кишечника исходно и после приема пациентами специализированных лечебных продуктов питания ЛЕОВИТ в течение месяца (табл. 3).

В качестве критериев терапии продуктами питания ЛЕОВИТ оценивалась динамика клинических симптомов. Результаты исследования полученных результатов представлены на рис. 1 и табл. 4.

Таким образом, показано, что по сравнению с исходными данными после лечения у 80% (16 пациентов) дисбактериоз не выявлен, а у 20% (4 пациентов) наблюдалась 1-я и 2-я степень тяжести дисбактериоза кишечника.

Как следует из полученных данных, после диетотерапии у пациентов основной группы боли или тяжесть в животе, тошнота и вздутие купировались в среднем в 80% случаев в сроки от 10 до 20 дней и в 20% случаев симптомы были невыраженными; изжога, отрыжка воздухом, послабление стула (диарея) и запор купировались в 100% случаев в сро-

● **Рисунок 1.** Результаты изучения клинических проявлений у пациентов исходно и после диетического лечения специализированным лечебным питанием ЛЕОВИТ, М ± m
 ● **Figure 1.** The results of the study of clinical manifestations in patients at baseline and after dietary treatment with specialized therapeutic nutrition LEOVIT, M ± m



● **Таблица 4.** Результаты изучения клинических проявлений у пациентов основной и контрольной группы исходно и после диетического лечения, М ± m
 ● **Table 4.** Results of the study of clinical manifestations in patients of the main and control groups at baseline and after dietary treatment, M ± m

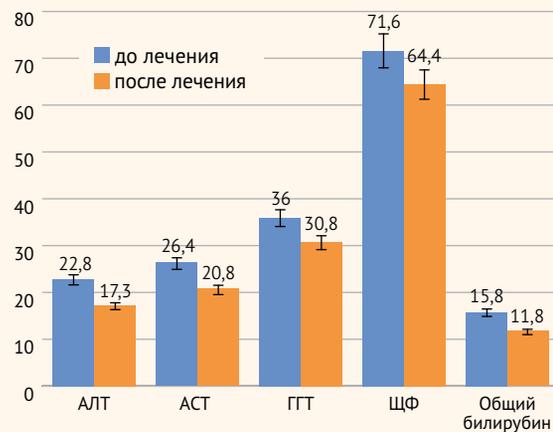
Симптом	Основная группа				Контрольная группа			
	До лечения		Купированы		До лечения		Купированы	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Боли/тяжесть в животе	95 ± 5	19	84 ± 5**	16	80 ± 5	16	45 ± 8*	9
Изжога	60 ± 11	12	100*	12	55 ± 11	11	100*	12
Тошнота	75 ± 10	15	80 ± 10**	12	65 ± 10	13	20 ± 12*	3
Отрыжка	50 ± 12	10	100*	10	60 ± 12	12	100*	12
Вздутие живота	85 ± 8	17	76 ± 13**	13	70 ± 10	14	24 ± 13*	4
Послабление стула	70 ± 10	14	100*	14	50 ± 11	10	100*	10
Запор	20 ± 9	4	100*	4	30 ± 10	6	100*	6

* Достоверные различия по сравнению с исходным (p < 0,05).
 ** Достоверные различия между группами пациентов (p < 0,05).

ки от 13 до 24 дней. В исследованиях показано, что клинические проявления исходно у пациентов основной группы и группы сравнения достоверно не различались. В то же время после лечения у пациентов основной группы чаще купировались боли/тяжесть в животе у 84% пациентов против 45% пациентов в группе сравнения, тошнота – у 80% против у 20% пациентов и вздутие живота – у 76% против 24% пациентов, а остальные симптомы (изжога, отрыжка воздухом, послабление стула и запор) у пациентов обеих групп купировались в 100% случаев.

Таким образом, в клинических исследованиях установлено, что прием специализированных лечебных продуктов питания ЛЕОВИТ в течение месяца оказался эффективным у 80% пациентов в купировании клинических проявлений: боль или тяжесть в животе, тошнота

● **Рисунок 2.** Результаты изучения биохимических показателей цитолиза и холестаза у пациентов в динамике лечения, М ± m
 ● **Figure 2.** The results of the study of biochemical parameters of cytolysis and cholestasis in patients in the course of treatment, M ± m



и вздутие, которые можно отнести к основной патологии, а изжога, отрыжка воздухом, послабление стула и запор, скорее всего, относятся к функциональным, так как частота их встречаемости и купирование в 100% случаев свидетельствуют об этом. Исследования не выявили каких-либо явлений непереносимости и побочных эффектов. Показано, что переносимость лечения была хорошей.

Результаты исследований общего анализа крови (показатели гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лимфоцитов, моноцитов и скорости оседания эритроцитов) в динамике лечения продуктами питания ЛЕОВИТ не показали достоверных изменений, что является показателем отсутствия токсического действия и развития аллергических реакций. Это подтверждается и результатами исследования биохимических показателей в динамике лечения, представленными на рис. 2.

Как следует из рис. 2, биохимические показатели крови в динамике лечения специализированными продуктами питания ЛЕОВИТ достоверных различий не показали, при этом в пределах нормальных показателей прослеживается тенденция к их снижению.

Согласно данным ЭГДС критериями эффективности использования специализированного лечебного питания ЛЕОВИТ явились снижение и купирование воспаления СО пищевода, желудка и ДК у пациентов. Результаты исследований представлены в табл. 5.

По данным ЭГДС в пищеводе у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы встречались значительно чаще нормальная СО (95% против 60% случаев) и реже КЭ (5% против 40% случаев), данные носили достоверный характер. Число пациентов с примесью желчи в просвете желудка у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы обнаруживались достоверно реже – в 20% против 75% случаев. В ТЖ у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы чаще встречалась нормальная СО – в 60% против 15% случаев и реже ПГ – в 40% против 85% случаев, в основном

- **Таблица 5.** Результаты исследования эндоскопических показателей в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке у пациентов двух групп после курса диетического лечения, $M \pm m$
- **Table 5.** The results of the study of endoscopic parameters in the esophagus, stomach and duodenum in patients of two groups after a course of dietary treatment, $M \pm m$

Данные ЭГДС	Основная группа		Группа сравнения	
	%	n	%	n
Пищевод: НК, ГПОД	35 ± 11	7	45 ± 12	8
Слизистая оболочка в норме	95 ± 5*	19*	60 ± 9	12
Катаральный эзофагит	5 ± 5*	1*	40 ± 10	8
Желудок: желчь в просвете есть	20 ± 8*	4*	75 ± 5	15
Желчи в просвете нет	80 ± 5*	16*	25 ± 10	5
ТЖ: слизистая оболочка в норме	60 ± 11*	12*	15 ± 11	1
Поверхностный гастрит (ПГ):	40 ± 11*	8*	85 ± 9	17
Очаговый ПГ	40 ± 11*	8*	65 ± 11	13
Диффузный ПГ	0	0	20 ± 8	4
ПЖ: слизистая оболочка в норме	0	0	0	0
ПГ:	50	10	100	20
Очаговый ПГ	35 ± 9*	7*	40 ± 11	8
Диффузный ПГ	15 ± 11*	3*	60 ± 9	12
ДК: желчь есть	30 ± 10*	6*	60 ± 9	12
Желчи нет	70 ± 11*	14*	40 ± 11	8
ДК: слизистая оболочка в норме	55 ± 7*	11*	35 ± 11	7
Поверхностный дуоденит	45 ± 7*	9*	65 ± 10	13
Кишечная лимфазктазия	0	0	15 ± 11	3

Примечание. НК – недостаточность кардии; ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия; ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; ТЖ – тело желудка; ПЖ – пилорический отдел желудка; ПГ – поверхностный гастрит; ДК – двенадцатиперстная кишка.

* Достоверные различия между группами ($P < 0,05$).

за счет очагового ПГ – в 40% против 65% случаев и отсутствовал диффузный ПГ, тогда как в контрольной группе было выявлено 20% случаев. В ПЖ у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы количество пациентов с ПГ фиксировались в два раза меньше, и в этой группе чаще встречался очаговый ПГ – в 35% против 40% случаев и реже диффузный ПГ – в 15% против 60% случаев в контрольной группе, данные носили достоверный характер. В ДК у пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой число пациентов с неизменной СО встречалось чаще – в 55% против 35% случаев за счет уменьшения ПД с 45% (9 чел.) до 65% случаев (13 чел.) соответственно с исчезновением кишечной лимфазктазии, при этом данные носили достоверный характер. В просвете ДК желчь стала определяться реже у пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы – в 30% против 60% случаев.

ВЫВОДЫ

1. Все пациенты основной группы отметили хорошие вкусовые свойства специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания при болезнях ЖКТ (производство

ООО «ЛЕОВИТ нутрио»), составляющих диету с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO, их хорошие и приятные органолептические свойства, а также то, что продукты не вызывают явлений непереносимости и аллергических проявлений и пациенты готовы к их дальнейшему употреблению, что является важным для длительного применения при заболеваниях ЖКТ.

2. Диета с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO способствует заживлению СО, уменьшению воспалений, защите СО от раздражения, уменьшению болевых ощущений, снижению газообразования.
3. Диета с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO уменьшает и устраняет такие симптомы, как боль и (или) тяжесть в животе, тошнота, вздутие, изжога, отрыжка воздухом, метеоризм, неустойчивый стул (запоры и диарея), что значительно улучшает качество жизни пациентов.
4. По результатам ЭГДС диета с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO способствовала нормализации слизистой оболочки, устранению ПД и ПГ, кишечной лимфазктазии, примеси желчи в просвете желудка катарального эзофагита, обострений в пищеводе, в ТЖ, в ПЖ.
5. По результатам анализа кала на дисбактериоз кишечника у пациентов, курса диеты с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO улучшает показатели нормофлоры (бифидобактерий, лактобактерий, *E. coli* типичных и лактазонегативных), нормализует уровень условно-патогенных бактерий и устраняет патогенные бактерии (в том числе *Staphylococcus aureus*).
6. По результатам изучения в кале степени тяжести дисбактериоза курс диеты с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO нормализует показатели микрофлоры и снижает степень тяжести дисбактериоза до 0-й степени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследуемые специализированные пищевые продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания при болезнях ЖКТ (производство ООО «ЛЕОВИТ нутрио»), составляющие диету с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO, обладают хорошими и приятными органолептическими свойствами, не вызывают явлений непереносимости и аллергических проявлений, восстанавливают пищеварение, улучшают состояние микрофлоры кишечника, улучшают качество жизни, а пациенты готовы к их дальнейшему употреблению, что является важным для длительного применения при заболеваниях ЖКТ.

Специализированные пищевые продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания при болезнях ЖКТ (каша овсяная с травами и семенем льна ЛЕОВИТ GASTRO, суп овощной с травами и овсянкой ЛЕОВИТ GASTRO, кисель желудочный ЛЕОВИТ) оказывают эпителизирующее, противовоспалительное, противомикробное, пребиотическое действие, заживляют и защищают

слизистую, уменьшают болевые ощущения, снижают воспаление, улучшают процесс заживления язв, устраняют дисбактериоз и такие симптомы, как боль и (или) тяжесть в животе пациентов, тошнота, вздутие, изжога, отрыжка воздухом, метеоризм, неустойчивый стул (запоры и диарея).

Специализированные пищевые продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания при болезнях ЖКТ (каша овсяная с травами и семенем льна ЛЕОВИТ GASTRO, суп овощной с травами и овсянкой ЛЕОВИТ GASTRO, кисель желудочный ЛЕОВИТ), составляющие диету с механическим и химическим щажением ЛЕОВИТ GASTRO, рекомендованы для лечения питанием при болезнях ЖКТ:

■ лицам, страдающим заболеваниями ЖКТ (хроническими заболеваниями ЖКТ, при функциональных расстройствах ЖКТ) для лечения, профилактики обострений, устранения дисбактериоза, в период реабилитации;

■ здоровым лицам для профилактики риска развития заболеваний ЖКТ и дисбактериоза.

Специализированные лечебные продукты производства ООО «ЛЕОВИТ нутрио» безопасны и рекомендованы к применению на ежедневной основе в течение продолжительного периода времени.

Поступила / Received 26.02.2023

Поступила после рецензирования / Revised 11.03.2023

Принята в печать / Accepted 11.03.2023



Список литературы / References

1. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63(6):871–880. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304269>.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020;30(4):70–97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
3. Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S., Lapina T.L., Storonova O.A., Zayratyants O.V. et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association in Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2020;30(4):70–97. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
4. Lagergren J., Bergström R., Lindgren A., Nyren O. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med*. 1999;340(11):825–831. <https://doi.org/10.1056/NEJM199903183401101>.
5. Cook M.B., Cortley D.A., Murray L.J., Liao L.M., Kamangar F., Ye W. et al. Gastroesophageal reflux in relation to adenocarcinomas of the esophagus: a pooled analysis from the Barrett's and Esophageal Adenocarcinoma Consortium (BEACON). *PLoS ONE*. 2014;9(7):e103508. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103508>.
6. Pohl H., Wrobel K., Bojarski C., Voderholzer W., Sonnenberg A., Rösch T., Baumgart D.C. Risk factors in the development of esophageal adenocarcinoma. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(2):200–207. <https://doi.org/10.1038/ajg.2012.387>.
7. Chang J.T., Katzka D.A. Gastroesophageal reflux disease, Barrett esophagus, and esophageal adenocarcinoma. *Arch Intern Med*. 2004;164(14):1482–1488. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.14.1482>.
8. Пилат Т.Л., Минушкин О.Н., Лазебник Л.Б., Зверков И.В., Кузнецова Ю.Г., Ханферьян Р.А. Особенности диетотерапии при *H. pylori*-ассоциированных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. *Медицинский совет*. 2022;(15):46–61. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-15-46-61>.
9. Pilat T.L., Minushkin O.N., Lazebnik L.B., Zverkov I.V., Kuznetsova Yu.G., Khanferyan R.A. Features of diet therapy for *H. pylori* associated diseases of the gastrointestinal tract. *Meditsinskiy Sovet*. 2022;(15):46–61. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-15-46-61>.
10. Пилат Т.Л., Лазебник Л.Б., Кузнецова Ю.Г., Ханферьян Р.А. Особенности диетотерапии при *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022;(9):229–239. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-205-9-229-239>.
11. Pilat T.L., Lazebnik L.B., Kuznetsova Yu.G., Khanferyan R.A. Features of diet therapy for *Clostridium difficile*-associated disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;(9):229–239. (In Russ.) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-205-9-229-239>.
12. Пилат Т.Л., Кузьмина Л.П., Лазебник Л.Б., Ханферьян Р.А. Особенности диетического лечебного питания при COVID-19 с поражением желудочно-кишечного тракта. *Терапия*. 2022;(7):155–167. <https://doi.org/10.18565/therapy.2022.7.155-167>.
13. Pilat T.L., Kuzmina L.P., Lazebnik L.B., Khanferyan R.A. Features of dietary therapeutic nutrition in COVID-19 with gastrointestinal tract damage. *Therapy*. 2022;(7):155–167. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/therapy.2022.7.155-167>.
14. Пилат Т.Л., Радыш И.В., Суrowцев В.В., Коростелева М.М., Ханферьян Р.А. Возможности специализированной диетической коррекции нарушений желудочно-кишечного тракта у больных с вирусной инфекцией COVID-19. *Лечащий врач*. 2020;(8):11–15. <https://doi.org/10.26295/OS.2020.90.44.001>.
15. Pilat T.L., Radysh I.V., Surovtsev V.V., Korosteleva M.M., Khanferyan R.A. Possibilities of specialized dietary correction of gastrointestinal tract disorders in patients with COVID-19 viral infection. *Lechaschi Vrach*. 2020;(8):11–15. (In Russ.) <https://doi.org/10.26295/OS.2020.90.44.001>.
16. Пилат Т.Л., Ханферьян Р.А. Специализированные диетические продукты как факторы повышения эффективности фармакотерапии желудочно-кишечных заболеваний. *Терапия*. 2020;(6):212–218. <https://doi.org/10.18565/therapy.2020.6.212-218>.
17. Pilat T.L., Khanferyan R.A. Specialized dietetic dietary factors as factors in the increasing the pharmacotherapy efficacy of gastrointestinal diseases. *Therapy*. 2020;(6):212–218. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/therapy.2020.6.212-218>.
18. Пилат Т.Л., Кузьмина Л.П., Лашина Е.Л., Коляскина М.М., Безрукавникова Л.М., Бессонов В.В. и др. Опыт применения специализированного пищевого продукта диетического лечебного и диетического профилактического питания при воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. *Медицинский совет*. 2020;(4):107–113. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-4-107-113>.
19. Pilat T.L., Kuzmina L.P., Lashina E.L., Kolyaskina M.M., Bezrukavnikova L.M., Bessonov V.V. et al. Experience of application of specialized food product of dietary therapeutic and dietary preventive nutrition in case of inflammatory diseases of gastrointestinal tract. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(4):107–113. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-4-107-113>.
20. Пилат Т.Л., Лашина Е.Л., Коляскина М.М., Безрукавникова Л.М., Коростелева М.М., Гуревич К.Г. и др. Влияние специализированного диетического коктейля с растительными компонентами на репаративные процессы при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. *Полликлиника*. 2020;(1):100–104. Режим доступа: [https://www.poliklin.ru/imagearticle/202001\(2\)/100-104.pdf](https://www.poliklin.ru/imagearticle/202001(2)/100-104.pdf).
21. Pilat T.L., Lashina E.L., Kolyaskina M.M., Bezrukavnikova L.M., Korosteleva M.M., Gurevich K.G. et al. The use of a specialized dietary cocktail with herbal ingredients for reparative processes in various diseases of the gastrointestinal tract. *Poliklinika*. 2020;(1):100–104. (In Russ.) Available at: [https://www.poliklin.ru/imagearticle/202001\(2\)/100-104.pdf](https://www.poliklin.ru/imagearticle/202001(2)/100-104.pdf).
22. Ардатская М.Д., Бельмер С.В., Добрица В.П., Захаренко С.М., Лазебник Л.Б., Минушкин О.Н. и др. Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника: современное состояние проблемы, комплексная диагностика и лечебная коррекция. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2015;(5):13–50. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23702018>.
23. Ardatskaya M.D., Belmer S.V., Dobritsa V.P., Zakharenko S.M., Lazebnik L.B., Minushkin O.N. et al. Intestinal dysbiosis (dysbiosis): current state of the problem, complex diagnosis and therapeutic correction. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2015;(5):13–50. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23702018>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Пилат Т.Л., Минушкин О.Н.

Концепция и дизайн исследования – Минушкин О.Н., Зверков И.В.

Написание текста – Зверков И.В.

Сбор и обработка материала – Иневатова В.С., Минушкин О.Н., Зверков И.В.

Обзор литературы – **Масловский Л.В.**

Перевод на английский язык – **Кузнецова Ю.Г.**

Анализ материала – **Пилат Т.Л., Минушкин О.Н.**

Редактирование – **Пилат Т.Л.**

Утверждение окончательного варианта статьи – **Пилат Т.Л., Минушкин О.Н.**

Contribution of authors:

Concept of the article – **Tatiana L. Pilat, Oleg N. Minushkin**

Study concept and design – **Oleg N. Minushkin, Igor V. Zverkov**

Text development – **Igor V. Zverkov**

Collection and processing of material – **Victoria S. Inevatova, Oleg N. Minushkin, Igor V. Zverkov**

Literature review – **Leonid V. Maslovskii**

Translation into English – **Yuliya G. Kuznetsova**

Material analysis – **Tatiana L. Pilat, Oleg N. Minushkin**

Editing – **Tatiana L. Pilat**

Approval of the final version of the article – **Tatiana L. Pilat, Oleg N. Minushkin**

Информация об авторах:

Минушкин Олег Николаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии, Центральная государственная медицинская академия; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а; <https://orcid.org/0000-0002-7723-7992>; oleg.minushkin@bk.ru

Зверков Игорь Владимирович, д.м.н., профессор кафедры гастроэнтерологии, Центральная государственная медицинская академия; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а; <https://orcid.org/0000-0001-6210-8955>; prof.igor.zverkov@mail.ru

Масловский Леонид Витальевич, д.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии, Центральная государственная медицинская академия; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а; <https://orcid.org/0000-0002-5111-8127>; lemas3@yandex.ru

Иневатова Виктория Сергеевна, врач-гастроэнтеролог, Айдиклиник; 142304, Россия, Московская область, Чехов, ул. Гагарина, д. 37; <https://orcid.org/0000-0002-9678-342X>; vinevatova@mail.ru

Кузнецова Юлия Геннадьевна, к.м.н., ассистент кафедры гастроэнтерологии, Центральная государственная медицинская академия; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1а; <https://orcid.org/0000-0002-0947-2333>; Julia_alina777@mail.ru

Пилат Татьяна Львовна, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова; 105275, Россия, Москва, проспект Буденного, д. 31; <https://orcid.org/0000-0002-5930-8849>; tpilat@leovit.ru

Information about the authors:

Oleg N. Minushkin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Gastroenterology, Central State Medical Academy; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-7723-7992>; oleg.minushkin@bk.ru

Igor V. Zverkov, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Gastroenterology, Central State Medical Academy; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-6210-8955>; prof.igor.zverkov@mail.ru

Leonid V. Maslovskii, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Gastroenterology, Central State Medical Academy; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-5111-8127>; lemas3@yandex.ru

Victoria S. Inevatova, Gastroenterologist, Idclinic; 37, Gagarin St., Chekhov, Moscow Region, 142304, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-9678-342X>; vinevatova@mail.ru

Yuliya G. Kuznetsova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Gastroenterology, Central State Medical Academy; 19, Bldg. 1a, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0947-2333>; Julia_alina777@mail.ru

Tatiana L. Pilat, Dr. Sci. (Med.), Professor, Leading Researcher, Izmerov Research Institute of Occupational Health; 31, Budyonnyy Ave., Moscow, 105275, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-5930-8849>; tpilat@leovit.ru